

附件

在榕省属公立医院部分检验类医疗服务项目价格调整表

金额：元

序号	国家结算编码	国家项目名称	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格（三甲）	价格（三甲以下）	说明	医保属性	省本级个人先行自付比例	医保限定支付范围
1	002504040110100-250404011	糖类抗原测定(各种免疫学方法)	250404011	糖类抗原测定	指各种免疫学方法, CA-27、CA-29、CA-50、CA-125、CA15-3、CA130、CA19-9、CA24-2、CA72-4等等分别参照执行	/	每种抗原	30	30	每项测定计费一次; 化学发光法三甲医院50元, 三甲以下医院50元	医保	10%	
2	002504040110200-25040401101	糖类抗原测定(化学发光法)	25040401101	糖类抗原测定(化学发光法)	/	/	每种抗原	50	50		医保	10%	
3	002504040010100-250404001	癌胚抗原测定(CEA)(各种免疫学方法)	250404001	癌胚抗原测定(CEA)	指各种免疫学方法	/	项	15	15	化学发光法三甲医院34元, 三甲以下医院32元	医保		
4	002504040010200-25040400101	癌胚抗原测定(CEA)(化学发光法)	25040400101	癌胚抗原测定(CEA)(化学发光法)	/	/	项	34	32		医保		
5	002504040020100-250404002	甲胎蛋白测定(AFP)(各种免疫学方法)	250404002	甲胎蛋白测定(AFP)	指各种免疫学方法	/	项	15	15	化学发光法三甲医院34元, 三甲以下医院32元	医保		
6	002504040020200-25040400201	甲胎蛋白测定(AFP)(化学发光法)	25040400201	甲胎蛋白测定(AFP)(化学发光法)	/	/	项	34	32		医保		
7	002504040100200-250404010	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)-各种免疫学方法	250404010	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)	包括细胞角蛋白18片段测定	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元, 三甲以下医院50元	医保	10%	
8	002504040100100-25040401001	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)-化学发光法	25040401001	细胞角蛋白19片段测定(化学发光法)	/	/	项	50	50		医保	10%	
9	002504040100200-25040401002	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)-各种免疫学方法	25040401002	细胞角蛋白18片段测定	含18片段M30和18片段M65	/	项	30	30		医保	10%	

10	00250310057000 0-250301031	血清胃泌素释放肽前体(ProGRP)测定	250301031	胃泌素释放肽前体(ProGRP)测定	样本类型：血液。样本采集、签收、处理，定标和质控，检测样本，审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。	/	项	50	50		医保	10%	
11	00250404009020 0-250404009	神经元特异性烯醇化酶测定(各种免疫学方法)	250404009	神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
12	00250404009010 0-25040400901	神经元特异性烯醇化酶测定(化学发光法)	25040400901	神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)(化学发光法)	/	/	项	50	50		医保	10%	
13	00250404012010 0-250404012	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)(各种免疫学方法)	250404012	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
14	00250404012020 0-25040401201	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)(化学发光法)	25040401201	鳞状细胞癌相关抗原测定(化学发光法)(SCC)	/	/	项	50	50		医保	10%	
15	00250404005010 0-250404005	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)(各种免疫学方法)	250404005	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
16	00250404005020 0-25040400501	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)(化学发光法)	25040400501	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)(化学发光法)	/	/	项	50	50		医保	10%	
17	00250404006010 0-250404006	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)(各种免疫学方法)	250404006	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
18	00250404006020 0-25040400601	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)(化学发光法)	25040400601	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)(化学发光法)	/	/	项	50	50		医保	10%	
19	00250404007000 0-250404007	复合前列腺特异性抗原(CPSA)测定	250404007	复合前列腺特异性抗原(CPSA)测定		/	项	30	30		医保	10%	